

## Casos Clínicos

## 01 ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

## 029. SUBLUXACIÓN ATLANTOAXOIDEA EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE CASO CLÍNICO

Marcos Vázquez<sup>1</sup>, Víctor Martínez<sup>1</sup>, Nelson Ortiz<sup>1</sup>, Karin Baumann<sup>1</sup>, María Isabel Acosta<sup>1</sup>, Margarita Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Reumatología, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

**Introducción:** La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, inflamatoria, que compromete en un 19 a 70 % a la columna cervical, existiendo patrones como: inestabilidad atlanto-axial, impactación atlanto-axial y subluxación atlantoaxial, siendo esta última de predominio anterior con una frecuencia del 15 %. La progresión de la actividad, lleva a la disfunción ligamentosa y por ende a la inestabilidad articular. Clínicamente se caracteriza por dolor a nivel cervical, disminución de la movilidad y déficit sensitivomotor como consecuencia de la compresión medular.

**Objetivo:** Reportar la evolución natural de un caso de subluxación atlantoaxoidea en una paciente portadora de artritis reumatoide.

**Caso:** Mujer de 43 años, ama de casa, con diagnóstico desde hace 18 años de artritis reumatoide, tratada desde entonces con Metotrexato 20 mg/sem, Leflunomida 20mg/día, Prednisona 10mg/día, de forma irregular. Hace 6 años consultó por primera vez en nuestro servicio para proseguir su tratamiento. Se constató poca respuesta al tratamiento con actividad elevada persistente con la combinación de FAMES tradicionales por lo que se inició terapia biológica (Tocilizumab) pero solo por pocos meses por falta de medios. Hace 4 años se agrega al cuadro debilidad a nivel de miembros inferiores, con dificultad para la marcha, por lo que queda en silla de ruedas. En la exploración complementaria se constata en radiografía y en resonancia magnética una subluxación atlantoaxoidea de 1 cm ADI, más retropulsión de la apófisis odontoides y compresión de cordones medulares. Por motivos económicos la cirugía no se pudo realizar, y durante los años siguientes la paciente siguió en tratamiento con Metotrexato 20 mg/sem, Prednisona, analgésicos en dosis elevadas y con collarín cervical y permaneciendo en silla de ruedas im-

sibilitada a realizar sus actividades básicas de la vida diaria. En diciembre del 2015, de forma súbita y espontánea la paciente refiere mejoría del dolor cervical y articular refiriendo mejoría además de la movilidad y de la fuerza de los cuatro miembros, hasta el punto de ser capaz de desplazarse por sus propios medios. A raíz de esta mejoría clínica se realiza una tomografía axial computarizada cervical con reconstrucción constatándose una fusión de la apófisis odontoides con el atlas y el canal medular estaba preservado.

**Conclusión:** Se presenta dicho caso para recordar la posibilidad de esta complicación en pacientes con AR con actividad persistentemente elevada y además por la llamativa resolución de su cuadro de forma espontánea sin la necesidad de un procedimiento quirúrgico.

## 030. PRIMER CASO DOCUMENTADO DE ARTRITIS EROSIVA POST CHIKUNGUNYA EN EL DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE CLINICAS

Jhonatan Losanto<sup>1</sup>, Lourdes Román<sup>1</sup>, Susan Riquelme<sup>1</sup>, Marcos Vázquez<sup>1</sup>, Sonia Cabrera-Villalba<sup>1</sup>, Margarita Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Reumatología, Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

**Introducción:** La fiebre Chikungunya es una de las enfermedades infecciosas virales epidémicas emergentes de nuestro continente desde hace unos pocos años, cuya particularidad es su tropismo articular. Generalmente es auto-limitada, sin embargo en muchas ocasiones puede despertar la autoinmunidad en personas predispuestas y en algunos pacientes puede incluso cronificar y evolucionar a una artritis persistente seronegativa, indistinguible de la artritis reumatoide, que a su vez puede causar un importante daño articular y precisar un tratamiento intensivo y crónico.

**Caso clínico:** Mujer de 39 años, estudiante de enfermería; no tabaquista, sin patología de base, sin antecedentes familiares de enfermedades reumáticas. En marzo de 2015 inicia el cuadro con poliartalgias inflamatorias y artritis en manos, simétrica, fiebre de 39° C, rash cutáneo generalizado, se realizó el diagnóstico

de fiebre por Chikungunya por nexo epidemiológico, (vecinos con serología positiva). Un año luego del inicio de los síntomas consultó en nuestro servicio por persistencia del cuadro articular, pese al tratamiento con AINES. Se constató artritis en la 3° y 4° interfalángicas proximales de la mano izquierda, reactantes de fase aguda en rango normal, con marcadores inmunológicos negativos (FR, Anti-CCP, ANA) además se solicitó serología para Chikungunya que retornó positivo (IgG 2,6 (VN < 1,1). En la radiografía de manos llamaba la atención la presencia de erosiones en la cabeza de la 4° IFP izquierda, por lo que se inició tratamiento con Metotrexato (15 meses después del cuadro agudo inicial), dosis ascendente, hasta 25 mg/sem. Con mejoría clínica, actualmente asintomática.

**Conclusión:** La artritis post-Chikungunya es una patología emergente en nuestra región, convirtiéndose así en un verdadero problema de salud pública, por lo que es imprescindible el control de los vectores, así como el seguimiento de los pacientes con persistencia de síntomas, pues puede evolucionar a una artritis crónica, que puede precisar tratamiento inmunosupresor y producir secuelas, como el caso de esta paciente que presenta erosiones, siendo éste el primer caso de artritis erosiva post fiebre por Chikungunya documentado en nuestro departamento de Reumatología.

### 031. NÓDULOS REUMATOIDES PULMONARES: PRESENTACIÓN DE ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO EN ADULTO MAYOR

Rodrigo Acosta<sup>1</sup>, Yanira Yinde<sup>2</sup>, Jhonatan Losanto<sup>2</sup>, Alfredo Meza<sup>1</sup>, Derlis Verón<sup>1</sup>, Marcelo Garbett<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Segunda Cátedra de Clínica Médica, Hospital de Clínicas San Lorenzo, Paraguay, <sup>2</sup>Departamento de Reumatología, Hospital de Clínicas San Lorenzo, Paraguay

**Introducción:** Los nódulos reumatoides son una manifestación rara de las enfermedades pulmonares relacionadas con la artritis reumatoide (AR). Su aparición y evolución en el curso de la artropatía es variable. El diagnóstico de nódulo reumatoide pulmonar se puede sugerir si tienen una apariencia típica y en un contexto clínico adecuado, pero no se puede hacer un diagnóstico de certeza basándonos solo en las pruebas de imagen. Se recomienda el control de los nódulos y puede ser necesario el estudio histológico para diferenciarlos de lesiones tumorales.

**Caso clínico:** Masculino, 65 años, no conocido portador de patología de base. Acude por cuadro de aproximadamente 1 año de evolución que inicia con dolores articulares en muñecas, IF proximales, hom-

bro, rodillas y pies, intenso, con limitación funcional, eritema. El paciente se automedica con diclofenac más dexametasona, con mejoría parcial del cuadro. Aproximadamente 3 meses antes del ingreso, refiere consulta con facultativo por cuadro respiratorio, (tos + disnea progresiva), recibe ATB con mejoría del cuadro respiratorio, pero empeoramiento del dolor articular por lo que acude a nuestro servicio.

En radiografía de tórax: Patrón intersticial en ambas bases. TAC de tórax: Se visualiza algunas lesiones cavitarias de paredes levemente engrosadas, dispersas en forma bilateral, la más llamativa situada en segmento posterior de ambos lóbulos inferiores, la mayor mide 3 cm de diámetro. No derrame pleural.

Evaluated por el servicio de reumatología quienes sugieren administrar prednisona 20/10 + HCQ 200mg/día. Se solicita dosaje de anticuerpos anti-CCP que retorna altamente positivo. También fue evaluado por el servicio de neumología quienes observan la tomografía y afirman que es sugerente de nódulos reumatoideos y sugieren enviar esputo para BAAR, el cual retorna negativo. Se realiza una EDA y colonoscopia en el contexto de despistaje de algún tumor primario, estudios dentro de límites normales.

Por buen estado general del paciente y por no encontrarse evidencia alguna de neoplasia se decide su alta médica para seguimiento y tratamiento de forma ambulatoria y control en 2 meses con nueva TACAR.

**Conclusión:** Los nódulos reumatoides pulmonares son una manifestación rara de la AR. Su prevalencia oscila entre menos del 0,4 % en estudios radiológicos a un 32 % en las biopsias pulmonares de pacientes con AR y sospecha de enfermedad pulmonar. Son más frecuentes en pacientes varones con FR positivo, fumadores y con nódulos subcutáneos. En un contexto clínico de AR y ante la existencia de nódulos pulmonares, se puede sugerir en el diagnóstico radiológico que correspondan a nódulos reumatoides si son múltiples, redondeados, bien delimitados, de tamaños similares y de localización subpleural. Si hay alguno atípico hay que plantearse la posibilidad de diagnóstico histológico para descartar lesiones tumorales.

### 032. PSORIASIS PUSTULOSA ARTROPÁTICA CON COMPROMISO AXIAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Jesús Manuel García<sup>1</sup>, Víctor Raúl Wattiez<sup>1</sup>, Arnaldo Benjamín Aldama<sup>1</sup>, Graciela Gorostiaga<sup>1</sup>, Victoria Rivelli<sup>1</sup>, María Gloria Mendoza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Nacional de Itaugua, Paraguay

**Introducción:** La psoriasis, una dermatosis frecuente que afecta el 1 a 2 % de la población general. Presenta

diferentes formas clínicas, una de ellas, la artritis psoriática, afecta entre el 5 y 7 % de los pacientes con psoriasis, especialmente aquellos con compromiso ungueal. En el 70 % de los pacientes las lesiones cutáneas son previas, el 15 % la presentación es concomitante y en el restante 15 % la artritis precede a la afección de la piel.

Formas clínicas clásicamente reconocidas: a) Oligoartritis asimétrica, b) Poliartritis simétrica, c) Espondiloartritis, d) Artritis mutilante, e) Compromiso de interfalángicas distales. La Espondiloartritis, está asociada a la presencia de los antígenos de superficie HLA clase I, especialmente con algunos alelos del HLA B27. Se presenta el caso de un paciente observado por el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional de Itauguá.

**Caso clínico:** Paciente varón, 27 años, estudiante. Consumidor crónico de corticoides por dolor lumbar, de caderas y rodillas matutinas desde hace 3 años. No se conoce otra patología de base. Cuadro de 2 semanas de evolución, lesión con signos inflamatorios, edema, dolor en miembro inferior izquierdo, con formación de ampollas y secreción purulenta, que se acompaña de fiebre, requiriendo internación con diagnóstico de celulitis, en tratamiento con ciprofloxacina, clindamicina, con mala evolución, se rota a vancomicina. Posteriormente aparecen placas eritematosas con pústulas y áreas con descamación en rostro, tronco y miembros. Al examen físico, pústulas generalizadas sobre base eritematosa, con áreas de hiperqueratosis y descamación en tronco, rostro, miembros superiores e inferiores. Distrofia ungueal total con hiperqueratosis importante en todas las uñas de manos y pies. Acentuación de la cifosis de columna dorsal con Signo de la flecha positivo, rectificación de la lordosis de columna lumbar. Marcada disminución de los movimientos de columna dorsal y lumbar, con Signo de Shober positivo.

Laboratorio: Leucocitosis con neutrofilia fluctuante, VSG acelerada, Laboratorialmente: leucocitosis con neutrofilia fluctuante, eritrosedimentación acelerada, Perfil renal normal, perfil hepático normal, VDRL no reactiva, Elisa para HIV no reactiva, Factor Reumatoideo negativo, perfil colagénico negativo, ANCA c y ANCA p negativos, C3-C4 normal, HLA B27 Positivo.

Radiografías: Columna con escoliosis lumbar ancha, osteopenia marcada, cuadratura de vertebras, presencia de sindesmofitos; anquilosis de ambas articulaciones sacroilíacas.

Se realiza primera biopsia de piel para anatomía patológica que informa: Pustulosis exantemática aguda generalizada con áreas impetiginizadas.

Evolución: Se inicia Prednisona 75 mg día dosis de descenso. Ictiol tópico y emoliente. Con evolución tórpida tornándose eritrodérmico con importante descamación y persistencia de algunas pústulas, llama la atención la afectación ungueal importante de manos y pies. Se realiza segunda biopsia de piel para anatomía patológica que informa: Psoriasis pustulosa.

Con los datos clínicos, imagenológicos, HLA B27, dentro de las espondiloartropatías, se plantea el diagnóstico de psoriasis pustulosa con artropatía axial o Artritis Psoriásica y se decide iniciar Metotrexate 15 mg semanal, con muy buena evolución, mejoría de síntomas y lesiones.

**Conclusiones:** Se presenta el caso con una clínica exuberante donde la afectación articular precede a las lesiones cutáneas y ungueales identificadas con un buen examen físico. Se pueden presentar varios diagnósticos diferenciales y el manejo debe ser multidisciplinario.